

様

明 石 市 長 泉 房 穂 印

予防接種実施依頼書

下記のとおり本市の市民が、予防接種を受けることを希望しておりますので、接種して下さるようお願いいたします。

なお、当該予防接種に起因する健康被害の救済については、本市が責任を持って処理いたします。ただし、接種費用については、被接種者から徴収くださるようお願いいたします。

※接種完了後はお手数ですが、予診票の写しをご送付くださるようお願いいたします。

申請者記入欄

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

明 石 市 長 様

〒 ー

(申請者) 住 所
氏 名 (続柄)
電話番号
(※日中連絡のつく番号をご記入ください)

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			(満 歳)
	住 所	電話 () ー		
予防接種の種類 (接種予定の予防接種に☑)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 風しん			
接種を希望する 医療機関	名称： 住所：〒 ー			
接種予定日	年 月 日			
滞在先住所 (※) (施設名・病院名も記載)	〒 ー 電話 () ー			
市指定の実施医療機関 で接種できない理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> かかりつけ医での接種を希望 <input type="checkbox"/> 上記施設に入所中のため <input type="checkbox"/> 上記病院に入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()			
滞在期間 (※)	年 月 日から 年 月 日まで			
依頼書の返送希望先 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所			

※住民登録の住所以外に滞在されている場合(施設、病院など)のみご記入ください

※この依頼書の有効期限は(交付日の属する年度の末日 年 月 日) までです。

(明石市処理欄)

送付先	<input type="checkbox"/> 住民票上(明石市)の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所(上記施設及び病院) <input type="checkbox"/> 申請者住所	発送日	年 月 日 発送
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----------